

Relación de las malaoclusiones con la edad de inicio del hábito

Rimoldi, M.; Rancich, L.; Oviedo Arevalo, J; Lancón, A. y col.

Facultad de Odontología. UNLP. Calle 51 entre 1 y 115. La Plata (1900) Pcia. de Buenos Aires. Argentina.
e- mail:

RESUMEN

La presencia de un hábito bucal en el niño de 3 a 6 años de edad es un dato relevante en el examen clínico. Hábito: se define como costumbres o prácticas adquiridas por la repetición frecuente de un mismo acto, están los que favorecen las funciones normales y se los llama funcionales: respiración nasal, el hablar y pronunciar correctamente con su función labial y lingual, la deglución normal; pero existe un grupo de malos hábitos que constituyen causas etiológicas de las deformaciones dentomaxilares, son los adquiridos en los primeros años de vida y deben llevar como condición indispensable, la continuidad de su repetición. El objetivo del trabajo fue determinar el tipo de maloclusión en relación a la edad de inicio de los hábitos. Materiales y métodos :Se estudió una población de 100 niños de ambos sexos que concurren a atenderse a la clínica de la Asignatura Odontología Integral Niños cuyas edades estaban comprendidas hasta los 6 años de edad, con dentición temporaria, de cuyo diagnóstico surgió el haber practicado un hábito de succión no nutritiva. Fueron descartados los casos que presentaban una pieza permanente. Se recolectaron los datos a través de las historias clínicas utilizadas en la asignatura

utilizando espejo, pinza y explorador como así también se tomaron las impresiones con alginato y fueron reproducidos en modelos de yeso para su estudio y medición. Se evaluó la relación de los modelos articulados, incluyendo las relaciones oclusales y caninas, la presencia o ausencia de mordida cruzada posterior y mordida abierta anterior. Las valoraciones normales respecto de la clasificación de las relaciones oclusales fueron: Clase 1ª: Neutroclusión, Clase 1b: Neutroclusión, Clase II: distoclusión Clase III: Mesioclusión. Resultados: La recolección de datos nos permitió analizar que de una muestra de 100 niños, presentaron un 66% clase 1ª los de 3 años de edad, el 70% presentó clase 1a y, clase 1b con mordida cruzada posterior en niños de 4 años, el 43% correspondió en niños de 5 años clase II con mordida abierta anterior y el 57% en niños de 6 años presentaron clase II con mordida abierta anterior. Conclusiones: El reconocimiento de factores de riesgo, en forma temprana permitió establecer prioridades en la rehabilitación y así elaborar un plan preventivo de atención bucodental individual.

PALABRAS CLAVES: Hábito, Anomalías dentomaxilares en niños.

ABSTRACT

The presence of an oral habit in children between the ages of 3 and 6 years old is a relevant piece of information in the clinical exam. Habit: by definition it means the acquisition of customs and practices by frequent repetition of the same act. There are those favor the normal functions, and they are called functionals: nasal breathing, speaking and pronouncing correctly with labial and lingual function, normal swallowing. But there is a number of bad habits that constitute the etiological causes of dentomaxilar deformations, which are the ones acquired in the early years of life and must take as a prerequisite, the continuity of their repetition. The purpose of the work was to determine the type of badocclusion in relation to the age of initiation of habits. Methods and Materials: A group of 100 children of both genders who attended the Asignatura Odontológica Integral clinic were studied. Children who ranged up to the age of 6, with temporary dentition, from whose diagnosis emerged by having practiced a non-nutritive suction habit. Cases who had

a permanent piece were excluded. Data was collected through clinical histories used in the subject using a mirror, tweezers and a explorer. As well as the impressions with alginate, which were reproduced in plaster models for their study and measurement. The relation of articulated models was evaluated, including canine and occlusal relations, the presence or absence of posterior crossbite and anterior open bite. The regular assessments for the classification of occlusal relations were: Class Ia: neuterocclusion, Class Ib: neuterocclusion, Class II: distalocclusion, Class III: Mesialclussion. Data collection allowed us to notice that from samples of 100 children, 66% of children who were up to 3 years old had class 1, 70% had class 1a, 4-year-old children had class 1b with posterior crossbite, 5-year-old children had class II with anterior open bite, and 57% of 6-year-old children had class II with anterior open bite. Conclusions: The early recognition of risk factors allowed us to establish priorities in the rehabilitation and therefore develop a preventive plan for individual oral assistance.

INTRODUCCIÓN

Hábito es la costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto, que en un principio se hace en forma consciente y luego de modo inconsciente, como son la respiración nasal, masticación, fonoarticulación y deglución, considerados fisiológicos o funcionales, existiendo también aquellos no fisiológicos entre los cuales tenemos la succión que puede ser dedo, chupete, mamadera o labio, entre otros, la respiración bucal, y la interposición lingual en reposo, deglución y fonoarticulación. Los malos hábitos pueden alterar el normal desarrollo del sistema estomatognático produciendo un desequilibrio entre las fuerzas musculares externas y las internas, desequilibrio que se produce cuando una de las fuerzas al no ejercer su presión normal, permite que la otra, manteniendo su intensidad habitual, produzca una deformación ósea. Otras veces se agrega a ello fuerzas que normalmente no están presentes, tales como la presión del dedo en la succión o la interposición de otros objetos como el chupete, todas alteraciones que pueden ocasionar en el niño problemas de distinto orden, emocionales, psicológicos, problemas de alteración de otros sistemas del organismo (sistema respiratorio, digestivo) y de aprendizaje. La deformación provocada por el mal hábito dependerá fundamentalmente de tres factores:

- a) La edad en que este se inicia, de tal forma que mientras antes comience este mal hábito, mayor es el daño, ya que a edades tempranas el hueso está formándose y por lo tanto es más moldeable.
- b) El tiempo (minutos u horas) que dura el mal hábito.
- c) La frecuencia de este, es decir el número de veces al día.

La succión, desde el nacimiento hasta los 2 años se considera normal, con la aparición de las piezas dentarias temporales es reemplazada gradualmente por la masticación, por lo que se le considera mal hábito cuando persiste estando las piezas temporales en boca. En variadas investigaciones se ha comprobado que la succión de dedo, mamadera o chupete, puede ser la causante de malformaciones dentoesqueléticas y que estas pueden ser revertidas si el mal hábito es eliminado entre los 4 y los 6 años. En el caso de la respiración bucal el paso del aire por la vía nasal puede ser obstruido por desviación del tabique nasal, congestión nasal en gripes frecuentes y prolongadas, rinitis alérgicas, adenoides hiperplásicas, y la falta de aseo nasal. La respiración bucal se considera un mal hábito cuando persiste una vez superado el problema de obstrucción nasal. Las alteraciones que puede producir la respiración bucal mantenida a través del tiempo son alteración del cierre labial, alteraciones dentarias y maxilares

predisposición a enfermedades respiratorias¹ y alteraciones corporales. La interposición lingual consiste en la ubicación de la lengua entre las piezas dentarias, ya sea en la zona anterior (a nivel de incisivos) o entre los sectores laterales (a nivel de molares) observada en reposo y/o durante las funciones de deglución y fonoarticulación. En condiciones normales la porción dorsal de la lengua toca ligeramente el paladar mientras que la punta descansa a nivel del cuello de los incisivos superiores.

En la interposición lingual en reposo, la lengua se ubica entre los dientes en forma inactiva, pudiendo interponerse también entre los labios (haciendo más fácil su detección). Esto podrá causar una deformación del hueso y malposición dentaria². Durante la vida existen dos patrones de deglución relacionados con el tipo de alimentación que determinan la posición lingual en deglución, el patrón de deglución infantil, que se presenta desde el nacimiento hasta la erupción de los dientes temporales, período durante el cual la lengua se coloca entre ambas arcadas, de este modo durante el amamantamiento la lengua presiona el pezón contra la arcada dentaria superior, y un patrón de deglución adulta que aparece con la erupción de los primeros dientes temporales (aproximadamente a los 8 meses de edad), en que la lengua irá adoptando en forma paulatina una nueva posición en la boca, contenida en la cavidad oral, la cual se mantendrá durante el resto de la vida. La mantención de la deglución infantil después de erupción de los dientes, se considera anormal y se puede detectar por los siguientes aspectos:

- Al pedirle al niño que trague saliva, frunce los labios y contrae los músculos de la mejilla haciendo una "mueca".

- Al separarse los labios y pedir al niño que trague, se podrá observar la interposición lingual entre ambas arcadas dentarias. Un tercer tipo de posición lingual se da en la fonación, en que, para poder pronunciar en forma correcta, la lengua debe colocarse por detrás de los dientes superiores, pero en el niño con deglución infantil, se produce una interposición de la lengua entre los incisivos superiores e inferiores. Esta interposición se presenta especialmente en la emisión de los fonemas D, T, S, donde se observa que el niño coloca la lengua entre los dientes, lo cual es incorrecto y da a la pronunciación un tono infantil. Se considera normal que durante los años en que el niño comienza a hablar, interponga la lengua, lo cual se corregirá solo a medida que aprenda a colocarla bien y a lograr mejor control de los movimientos finos de esta. Las patologías odontológicas más prevalentes en nuestra población son las caries,

Relación de las malaoclusiones con la edad de inicio del hábito

las periodonciopatías (enfermedades de los huesos y las encías), y en tercer lugar las anomalías dentomaxilares, que se definen como la deformación de los huesos maxilares y mal posición dentaria, y que pueden manifestarse desde temprana edad y progresar en el tiempo. Su prevalencia fluctúa entre 44,4 y 68,3%³ y la causa de su aparición se debe a múltiples factores, entre los cuales podemos nombrar la herencia, malnutrición, enfermedades generales y malos hábitos, pudiendo generalmente existir más de un factor causal de deformación. Por ejemplo, las anomalías dentomaxilares producidas por succión pueden corregirse espontáneamente si el mal hábito es suspendido gradualmente entre los 4 y 6 años³⁻⁴. De no eliminarse este mal hábito, la anomalía se mantiene y agrava en dentición permanente, necesitando tratamientos más complejos. Para solucionar el problema de los malos hábitos bucales es necesario un trabajo en equipo que incluya a profesionales (dentista, pediatra, otorrinolaringólogo, psicólogo, kinesiólogo, fonoaudiólogo, enfermera, profesor) y padres. Además es imprescindible contar con la participación activa del niño.

OBJETIVOS

Determinar el tipo de maloclusión en relación a la

MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudió una población de 100 niños de ambos sexos que concurren a atenderse a la Clínica de la Asignatura Odontología Integral Niños, cuyas edades estaban comprendidas hasta los 6 años de edad, con dentición temporaria de cuyo diagnóstico surgió de haber practicado un hábito de succión no nutritiva.

Fueron descartados los casos que presentaban pieza permanente. Se recolectaron los datos a través de las Historias Clínicas utilizadas en la Asignatura empleando espejo, pinza para algodón y explorador

RESULTADOS

- Niños de 3 años de edad: 66 % CLASE I a Neutroclusión
- Niños de 4 años de edad: 70 % CLASE I a - CLASE I b

CONCLUSIONES

El reconocimiento de factores de riesgo en forma temprana, permitió establecer prioridades en la

Mientras más precoz se elimina el mal hábito, menores serán los daños que este cause.

Es precisamente en esta etapa que es de vital importancia la colaboración de los pediatras, quienes controlan a los niños en sus primeros años, para que detecten estos malos hábitos en sus inicios así como también expliquen y eduquen a las madres sobre la importancia de eliminarlos en forma temprana. Si ya existen alteraciones en la oclusión y/o el desarrollo dentofacial, los pediatras pueden observar algunos signos de estas maloclusiones y ayudar al odontólogo a interceptarlas.

Las investigaciones extranjeras han estudiado la prevalencia de cada mal hábito en particular (succión de dedo, succión de chupete, respiración bucal, etc.), pero no en forma global.

Los estudios chilenos al respecto son escasos, es por ello que consideramos importante realizar un estudio preliminar de la frecuencia de malos hábitos en niños en dentición temporal.

Los objetivos de esta investigación fueron determinar la frecuencia de malos hábitos bucales y la asociación entre la presencia de malos hábitos y el desarrollo de anomalías dentomaxilares.

edad del inicio de los hábitos.

también se tomaron las impresiones con alginato y fueron reproducidos en modelos de yeso para su estudio y medición.

Se evaluó la relación de los modelos articulados incluyendo las relaciones oclusales y caninas, la presencia o ausencia de mordida anterior.

Las valoraciones normales respecto a la clasificación de las relaciones oclusales fueron:

- Clase I a: Neutroclusión
- Clase I b: Neutroclusión
- Clase II: Distoclusión
- Clase III: Mesioclusión

Con mordida cruzada posterior

- Niños de 5 años de edad: 43 % CLASE II

Con mordida abierta anterior

- Niños de 6 años de edad: 57 % CLASE II

Con mordida abierta anterior

rehabilitación y así elaborar un Plan Preventivo de Atención Bucodental Individual.

BIBLIOGRAFÍA

- 1-Barberia Leache E. Importancia de los hábitos nocivos. En: Atlas de Odontología Infantil para pediatras y odontólogos. 1°ed. Madrid: Ripano; 2005. p. 106-26
- 2-Cameron, A; Widmer, R. Manual de odontología Pediatría . Harcourt. Brace- Madrid, 1998, 368p.
- 3-Peterson, J; Scheneider, P. Oral habits. A behavioral approach. Pediatric clinics of North America, 1991;38(5): 1289- 1307
- 4-Cortez,C; OSCAR,M.: (2000) Hábitos de succión no nutritiva y la relación oclusal según el tipo de lactancia en niños con dentición decidua completa. http://www.ceo.com.pe/005_revista_art02.htm Rodríguez ,C. Bruxismo en niños. <http://www.rodriiguez.com/bruxismo.html>